

**В.Н. ОСЛОПОВ, А.Р. САДЫКОВА, Е.Ф. АХМЕТЗЯНОВА,  
С.Ш. КРИВОНОСОВА, Ф.Р. ХАНОВА, Н.А. ЗАРИПОВА**  
Казанский государственный медицинский университет  
Городская клиническая больница № 9, г. Казань  
Больница скорой медицинской помощи № 2, г. Казань

616.31-07:616.131:618.14

## Трудности диагностики тромбоэмболии легочной артерии у пациентки с гигантской миомой матки

**Садыкова Аида Рифгатовна**

кандидат медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней  
420034, г. Казань, ул. Декабристов, д. 127, кв. 65, а/я 22, тел. 8-9600-325-549  
e-mail: aidasad@mail.ru

*В статье описан сложный случай диагностики рецидивирующей тромбоэмболии легочной артерии у пациентки с гигантской миомой тела матки. Главным клиническим проявлением были синкопальные состояния. Динамика клинических данных позволила поставить клинический диагноз, подтвержденный современным инструментальным методом, — мультиспиральной компьютерной томографической ангиографией легочной артерии и установить источник эмболизации.*

**Ключевые слова:** тромбоэмболия легочной артерии, синкопальные состояния, миома матки.

**V.N. OSLOPOV, A.R. SADYKOVA, E.F. AKHMETZYANOVA, S.SH. KRIVONOSOVA,  
F.R. KHANOVA, N.A. ZARIPOVA**  
Kazan State Medical University  
Municipal Clinical Hospital № 9, Kazan  
Hospital Emergency Care № 2, Kazan

## Difficulties in the diagnosis of pulmonary embolism at the patient with gigantic myoma of uterus

*The article describes a complex case of diagnosis of recurrent pulmonary embolism in patients with gigantic myoma of uterine. The main clinical manifestation was syncopal states. The evolution of clinical data allowed to put the clinical diagnosis, confirmed by modern instrumental technique – multispiral computerized tomographic angiography of pulmonary arteries and determine the source embolization.*

**Keywords:** pulmonary embolism, syncopal states, myoma of uterine.

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) — одно из самых коварных заболеваний в кардиологической практике. Спектр ее клинических проявлений широко варьирует — от бессимптомного течения (по данным патоморфологов, около 70% случаев ТЭЛА при жизни не диагностируется [1]) до шока и внезапной

смерти [2]. Факторами риска ТЭЛА являются длительная иммобилизация, травма, хирургическая операция, злокачественное новообразование [3].

Синкопальные состояния (обмороки) встречаются лишь в 14-19% случаев подтвержденной ТЭЛА [3,4]. ТЭЛА — про-

явление наличия другого заболевания, требующего распознавания [1].

Больная Ш., 42 лет, поступила в 9-ю клиническую больницу г. Казани с жалобами на головную боль давящего характера в теменной области, дважды в течение дня теряла сознание. За 2 недели до появления этих симптомов была удалена папиллома на левом верхнем веке, осложнившаяся кровотечением. За 5 дней до поступления в клинику появились колющие (стреляющие) боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании. На следующий день была вызвана бригада скорой помощи, установившая диагноз «межреберная невралгия, миозит?». Пациентка лечилась натириями, в результате состояние улучшилось, боли прекратились. В день поступления в клинику пациентка дважды теряла сознание в присутствии дочери, по словам которой, у матери отсутствовал пульс, дыхание, дочь проводила реанимационные мероприятия — ИВЛ, непрямой массаж сердца. В результате этих мероприятий сознание восстановилось. Вызванная бригада скорой помощи доставила пациентку в дежурную гинекологическую клинику, где ей было отказано в неотложном оперативном лечении по поводу миомы тела матки больших размеров. Пациентка была осмотрена торакальным хирургом, ей была сделана диагностическая плевральная пункция левой плевральной полости, получено небольшое количество серозной жидкости, после чего она была госпитализирована в 9-ю городскую больницу с диагнозом «левосторонний экссудативный плеврит».

Из анамнеза установлено, что в течение многих лет пациентка имеет миому тела матки больших размеров. Из перенесенных заболеваний отмечала частые простудные заболевания, страдает желчнокаменной болезнью, в течение 8 лет — железодефицитной анемией, варикозной болезнью вен нижних конечностей.

Менструации регулярные, по 5-6 дней, обильные; имела 4 беременности, из них 2 срочных родов, 2 аборта. Последние месячные были за неделю до поступления в клинику.

**Объективный статус:** состояние больной тяжелое, сознание ясное, положение активное. Нормостеник. Кожные покровы бледные, умеренной влажности. Выраженная венозная капиллярная сеть на нижних конечностях. Периферических отеков нет. Грудная клетка правильной форма, обе половины симметричны; притупление перкуторного звука слева в нижнебоковых отделах грудной клетки, здесь же — ослабление везикулярного дыхания. ЧДД = 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 150 уд./мин., АД — 130/80 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме за счет округлого образования, исходящего из малого таза с верхним полюсом на уровне 2-3 см ниже пупка, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка, почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.

**Анализ крови:** гемоглобин — 91 г/л, эритроциты —  $3,4 \cdot 10^{12}/л$ , СОЭ — 55 мм/час, лейкоциты —  $9,0 \cdot 10^9/л$ , п/я — 3%, с/я — 86%, лимф — 6%, мон — 5%, эоз — 0%. Тест на тропонин Т слабо положителен.

**Рентгенография органов грудной клетки:** левая граница сердечной тени на левой реберно-ключичной линии. В легких усиление легочного рисунка в ниже-медиальных зонах. Уплотнение «головки» левого корня. Над диафрагмой слева небольшой выпот. Костальный синус закрыт. Рентгенологически: левосторонний костальный плеврит, периваскулярная реакция левого корня.

**ЭКГ:** ускоренный синусовый ритм с ЧСС 120 в минуту. Горизонтальное положение электрической оси сердца ( $\angle \alpha +18^\circ$ ) (рис. 1).

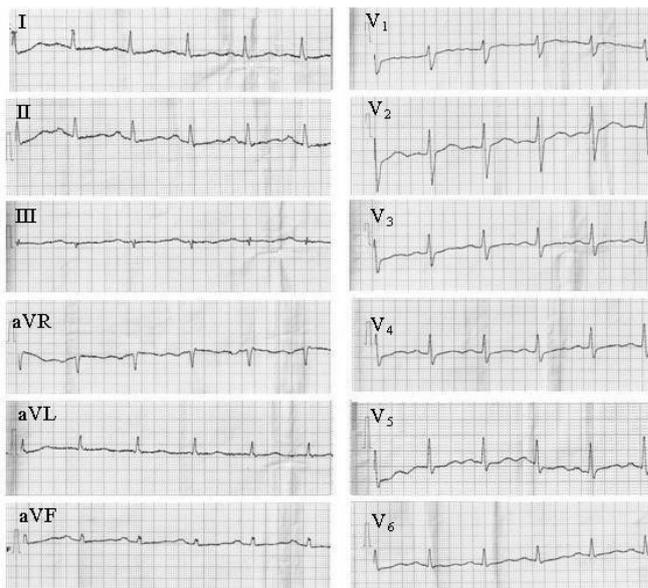
Пациентка была госпитализирована в ПИТ под круглосуточный контроль медперсонала, где получала терапию антибио-

тиками, гепарином, аспирином,  $\beta$ -блокаторами, препаратами железа.

Осмотрена гинекологом: миома матки соответствует 20 нед. беременности. Матка плотная, безболезненная.

Эхокардиоскопия выявила уплотнение стенок аорты, умеренную митральную регургитацию, дополнительную трабекулу в полости левого желудочка.

**Рис. 1.**  
**ЭКГ пациентки в день поступления**



**УЗИ:** матка значительно увеличена (155 мм × 116 мм × 136 мм), контуры неровные, миометрий неоднородной структуры, есть субсерозные узлы размерами от 32 до 72 мм. Заключение: фибромиома тела матки больших размеров.

В клинике проводилась дифференциальная диагностика острого коронарного синдрома и синкопальных состояний неясного генеза (ТЭЛА?).

Согласно Европейским рекомендациям по диагностике и ведению острой ТЭЛА (2008), вероятность ТЭЛА у пациентки была промежуточной по шкале Wells и Женевской шкале [3].

В течение последующих 2-3 дней у пациентки повторились синкопальные состояния в ПИТе, где дежурный врач зарегистрировал появление судорог во время кратковременной потери сознания. В динамике за это время состояние пациентки ухудшилось: появились одышка смешанного характера (ЧДД достигало 24-26/мин.), цианоз губ, языка, в легких появилась область перкуторного укорочения в правой подлопаточной области, над которой выслушивалось ослабление везикулярного дыхания и крепитация, появился акцент и раздвоение II тона над легочной артерией.

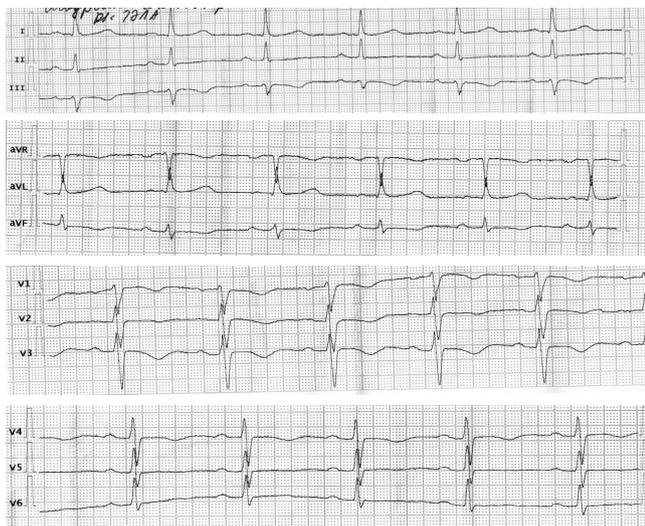
Рентгенологически в динамике отмечалось загущение легочного рисунка в нижних отделах обоих легких, его инфильтрация, снижение структурности корней, сохранение выпота в костальном синусе плевральной полости, появление участка затемнения и инфильтрации справа в ниже-латеральной области.

На ЭКГ в динамике отмечались признаки перегрузки правого желудочка в виде углубления зубца S в левых грудных отведениях ( $V_4-V_5-V_6$ ) (рис. 2).

Учитывая приведенные выше данные объективного и лабораторно-инструментального исследования пациентки, наличие факторов риска (опухоль матки, варикозная болезнь

вен нижних конечностей, предшествующее госпитализации оперативное вмешательство), динамику клинических данных был установлен диагноз ТЭЛА, который необходимо было подтвердить современными лабораторно-инструментальными методами исследования.

**Рис. 2.**  
**ЭКГ пациентки на 3-й день пребывания в клинике**



К стандартным методам диагностики ТЭЛА в настоящее время относят определение D-димера — продукта деградации фибрина, уровень которого повышается немедленно при активации фибринолиза вслед за произошедшим тромбообразованием в сосудистом русле. Метод чувствителен (96%), но не специфичен [2].

Исследование D-димера — 249 мг/л (при норме 63,8-246,4 мг/л)

Диагностика онкомаркеров:

СА-125 (яичники, матка) (ИХА) — 30,9 МЕ/мл (при норме 0-16,3 МЕ/мл).

СА-15.3 (молочная железа) (ИХА) — 11,9 МЕ/мл (при норме 0-38 МЕ/мл).

**Повторная эхокардиография.** Расширение ствола и ветвей, в большей степени правой, легочной артерии. Тромб средней эхогенности в правой легочной артерии, размерами 3,7 см × 1,6 см (из субкостального доступа), который выступает в область бифуркации, один из фрагментов тромба флотирующий. Увеличение правых камер сердца. Легочная гипертензия средней степени. Трикуспидальная регургитация 2-й степени. Небольшое количество жидкости в полости перикарда.

**Ультразвуковая доплерография вен нижних конечностей:** нижняя полая и правая общая подвздошные вены не визуализируются. Визуализация левой общей подвздошной вены затруднена (пациентка после перорального приема контрастного вещества), четко не окрашивается при ЦДК — не исключается окклюзирующий тромбоз.

В настоящее время пальма первенства в диагностике ТЭЛА принадлежит спиральной компьютерной томографии, разрешающая способность метода составляет менее 1 мм [2].

**Мультиспиральная компьютерная томографическая (МСКТ) ангиография легочной артерии и органов малого таза.** В области бифуркации правой ветви легочной артерии определяется протяженный тромб толщиной до 15 мм, распространяющийся на долевые артерии и сегментарные артерии нижней и средней доли. В области бифуркации деления на

правую (больше правую) и левую ветви определяется тромб размерами 11 мм × 26 мм. В области бифуркации левой ветви с переходом на отдельные сегментарные ветви нижней доли и язычковые артерии определяются тромботические массы размерами 14 мм × 32 мм. В 8-м, 9-м, 10-м сегментах правого легкого определяется инфаркт-пневмония размерами 85 мм × 41 мм, широким основанием прилежащая к плевре. Еще меньших размеров инфаркт-пневмония в 9-м сегменте левого легкого, треугольной формы размерами 17 мм × 20 мм. Внутригрудные лимфоузлы не увеличены. Небольшое количество выпота до 50 мл в левой плевральной полости. В полости малого таза определяется объемное образование с неровными бугристыми контурами размером 114 мм × 156 мм × 147 мм, находящееся, вероятнее всего, в полости матки, неоднородной структуры, плотностью 24-48 ед. Н., после в/в контрастирования внутри определяются зоны некроза, накапливающие контраст. Яичники не увеличены. Тазовые лимфоузлы не увеличены. Определяется протяженный тромбоз левой общей и внутренней подвздошных вен. Заключение: по данным МСКТ-ангиографии, признаки тромбоэмболии обеих ветвей легочной артерии в области бифуркации с переходом на отдельные сегментарные артерии средней и нижней справа, язычковой и нижней доли слева. Инфаркт-пневмония в 8-м, 9-м, 10-м сегментах справа и 9-м сегменте слева. Объемное образование малого таза (миома матки?). Признаки тромбоза общей и внутренней подвздошных вен.

После проведенного исследования пациентка была переведена для дальнейшего лечения в отделение сосудистой хирургии БСМП № 2 г. Казани, где ей была проведена имплантация кава-фильтра и эмболизация маточных артерий, в результате которых по УЗИ-контролю в инфраренальном отделе НПВ визуализируется структура кава-фильтра без тромботических масс; объем матки значительно уменьшился. В настоящее время операция миомэктомии в экстренном порядке не показана. Пациентка была переведена в гинекологическое отделение, где ей было проведено удаление субмукозного некротизированного фиброматозного узла.

Пациентка находится на постоянной терапии антикоагулянтами непрямого действия.

Представленный случай интересен тем, что у пациентки имелась гигантская опухоль тела матки, о существовании которой она знала и тем не менее не предпринимала никаких действий по избавлению от опасного источника возможного тромбообразования. Нечастое и малоизвестное практически врачу такое клиническое проявление ТЭЛА, как обморок, усложнило диагностику. Точный диагноз позволило установить применение современного инструментального метода — мультиспиральной компьютерной томографии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Мазур Н.А. Практическая кардиология. — М.: Медпрактика-М, 2009. — 616 с.
2. Шпектор А.В., Васильева Е.Ю. Кардиология. Клинические лекции. — М.: АСТ: Астрель, 2008. — С. 688-700.
3. Adam Torbicki, Arnaud Perrier, Stavros Konstantinides et al. Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. The Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal (2008) 29, P. 2276-2315.
4. Goldhaber S.Z., Visani L., De Rosa M. Acute pulmonary embolism: clinical outcomes in the International Cooperative Pulmonary Embolism Registry (ICOPER). Lancet. 1999, Apr 24; 353 (9162): P. 1386-1389.